

Beitrag zur Epidemiologie und Klinik der
Condylomata acuminata
dargestellt am Krankengut der
Städtischen Hautklinik und Poliklinik
Stuttgart
von 1947-1964

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Wolfgang Laipple
aus Stuttgart

1967

9098

ERNE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR
PALO ALTO, CALIFORNIA

Archiv der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen

Städtische Bibliothek der Stadt Tübingen

Beitrag zur Epidemiologie und Klinik der

Candidiomykose acutissima

dargestellt am Krankengut der

Städtischen Klinik und Poliklinik

Stuttgart

von 1947-1954

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Städtische Bibliothek der Stadt Tübingen

der Eberhard-Karls-Universität

zu Tübingen

Wolfgang Legg

1955

1957

Aus der Hautklinik der Universität Tübingen

Direktor: Professor Dr. med. Wilhelm Schneider

Beitrag zur Epidemiologie und Klinik der
Condylomata acuminata
dargestellt am Krankengut der
Städtischen Hautklinik und Poliklinik
Stuttgart
von 1947-1964

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Wolfgang Laipple
aus Stuttgart

1967

Dekan:

Professor Dr. F. Lembeck

1. Berichterstatter: Professor Dr. H.C. Friederich
2. Berichterstatter: Professor Dr. W. Schneider

Meinen Eltern

in Dankbarkeit

Das vorliegende Heft ist demnach das Frankfurter des
Königlichen Hofkrankenhauses und Volkskrankenhospitals in der
Jahre 1897-1901 der Klinik für Kinder und Frauen Kinder
der gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses in der
Gemeinschaft.

Das medizinische Heft der Gynäkologie, Geburtshilfe
und der Kinder.

Die gynäkologische Abteilung.

Die gynäkologische Abteilung der Klinik für Kinder und Frauen Kinder
in der Gemeinschaft.

Die gynäkologische Abteilung der Klinik für Kinder und Frauen Kinder
in der Gemeinschaft. Die gynäkologische Abteilung der
Klinik für Kinder und Frauen Kinder in der Gemeinschaft.
Die gynäkologische Abteilung der Klinik für Kinder und Frauen Kinder
in der Gemeinschaft.

Die vorliegende Arbeit soll anhand des Krankengutes der Städtischen Hautklinik und Poliklinik Stuttgart in den Jahren 1947-1964 zur Klärung folgender Fragen dienen:

Der prozentuale Anteil der Condylomata acuminata an der Gesamtfrequenz.

Den unterschiedlichen Befall der Geschlechter, Lebensalter und der Berufe.

Die jahreszeitliche Aufteilung.

Die Lokalisation und die Kombination mit anderen Krankheiten.

Die Ergebnisse werden in Bezug auf die in der Literatur vorliegenden Angaben bewertet. Die Dissertation von I. M o r d e c a i (Tübingen 1947-1962) wird zum Vergleich herangezogen.

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Historischer Überblick	1
Klinik, Ätiologie und Pathogenese	4
Differential-Diagnose	6
Epidemiologie	8
Histologie	9
Katamnestische Untersuchungen am Krankengut der Städtischen Hautklinik Stuttgart	11
Therapie	27
Zusammenfassung	31
Literaturverzeichnis	32

Historischer Überblick

Schon in den ältesten Zeiten beschäftigten sich die Ärzte mit den Condylomata acuminata. Synonyma lauten: Sycosis, Papillae, Feuchtwarzen, venerische Warzen, Feigwarzen, spitze Warzen, poireaux, choux fleurs, framboises, fig warts, cauliflowerers.

In dem alten medizinischen Werk "Nusi King" der Chinesen und in der "Ayur Veda" der Inder werden Wucherungen beschrieben, die auf spitze Kondylome deuten.

Auch in der Bibel wird im 5. Buch M o s e s und im 1. Buch S a m u e l von einer Plage "Äpholim" geredet, die Martin L u t h e r mit Feigwarzen übersetzt haben soll.

Eine eingehende Beschreibung gibt Rufus von E p h e s u s, von ihm übernimmt sie O r i b a s i o s und nennt sie Thymi, die Krankheit Thymosis. Zur Therapie wird das Glüheisen empfohlen. Die Thymiangewächse verschwinden jetzt unter den verschiedensten Bezeichnungen für Warzen und Wucherungen, für die in der antiken Medizin eine Anzahl von Synonyma gebraucht wurden: atrici, fici, verrucae, cristae, condylomata, carcinomata usw.

Bei den Römern waren die heutigen spitzen Kondylome unter dem Volksnamen "fici" bekannt. Im 28. Kapitel seines 5. Buches schreibt C e l s u s über Hautkrankheiten. Absatz 14 beschreibt die Warzen, die Stielwarzen (akrochordon): "es erinnert an die Thymianblüte, flos thymi, es ist leicht verletzlich und wird blutig." Besonders an Fußsohlen und Handrücken, jedoch auch "in obscoenis". Hier dürften wohl die heutigen Feigwarzen gemeint sein.

Nach O r i b a s i o s ist die Feigwarze ein wucherndes, unebenes, mürbes Geschwür, das am After, den Genitalien und an anderen Stellen vorkommt. Es gibt gutartige Wucherungen, die oft von selbst abfallen, andere dagegen zeigen bösartigen Charakter, sind schmerzhaft und zeigen blutig-jauchige Absonderungen. Man muß dabei zu Ätzmitteln oder Kauterisation

greifen. Manche bleiben unheilbar.

Bei den Römern scheinen diese Gebilde sehr häufig gewesen zu sein und wurden besonders mit Päderastie in Verbindung gebracht. Die Erwähnung der Feigwarzen soll nach I. B l o c h bei den Sartyrikern stets den Vorwurf der passiven Päderastie bedeuten. Besonders die römischen Dichter und Sittenrichter berichten über die Krankheit *ficosis* oder *ficatio*:

"Die kleinsten Dörfer in Italien sind verseucht von solchen schmutzigen Heimlichkeiten. Quis enim non vicus abundat tristibus obscenis?" In Rom sind sie ohnehin zu Hause."

M a r t i a l (XII, 33) berichtet:

" Ut pueros emeret Labienus venditit hortos. Nil nisi ficetum nunc Labienus habet!" (Seine Gärten verkaufte Labienus, um Knaben zu kaufen, nichts als ein Feigenbeet hat Labienus davon).

Im Jahre 1063 wird von einem Bruder im Kloster des Hl. Martin berichtet, der von der Krankheit "fici" unerträglich gequält war. Er wallfahrte nach Fulda zum Grabe des Hl. Siegbert, um dort mit Brust, Bauch und allen Gliedern den Sarg zu berühren; er war sofort und vollständig genesen. (G h e s q u i e r III,6 Acta Bolland).

1221 wird von einer "hühnereigroßen Feiggeschwulst an Nase und Oberlippe mit großem Gestank" berichtet. (Acta S. D o m i - n i c i)

Erst 1537 werden sie wieder erwähnt. P. M a y n a r d u s rechnet sie dabei zur Lues. Etwa 100 Jahre später erwähnt Franz de la B o e - S y l v i u s Kondylome, die mit der Natur und dem Wesen der Lues venera nicht übereinstimmen.

In der 2. Hälfte des 17. Jahrhunderts lehnt N. de B l e g n y (1680) den Luesschen Charakter der *Condylomata acuminata* ab. Alle anderen zeitgenössischen Schriftsteller hielten jedoch an der Maynardus'schen Theorie fest.

Im 18. Jahrhundert scheint die Erkrankung nicht häufig

gewesen zu sein, da nur ausführliche Beschreibungen von Einzelfällen vorliegen (J.Th. E l l e r, Berolini 1734; M a u r a n, Paris 1762).

Im 19. Jahrhundert bekommt die Sycosis in der Pathologie H a h n e m a n n s eine besondere Bedeutung. Für ihn sind die venerische Schankerkrankheit Syphilis, die Feigwarzenkrankheit Sycosis und das Krätzesiechtum Psora die 3 Urkrankheiten der Menschheit. Sieben Achtel der Leiden bewirkt die Psora, der Rest fällt auf Syphilis und Sycosis. Besonders bei den napoleonischen Feldzügen 1809 und 1814 war die Sycosis weit verbreitet und wurde fälschlicherweise mit Quecksilber behandelt. Um die Mitte des 19. Jahrhunderts dringt immer mehr die Auffassung durch, daß die Condylomata acuminata von der Lues abzutrennen sind (A n d r e e , H u n t e r , B e l l). Noch 1828 zählt sie K l u g e ohne Einschränkung zur Lues.

1847 legt K r ä m e r in einer Studie die klare Trennung seiner "Papillar - Kondylome" von Lues und Go. dar. Ein Jahr später verfißt B ä r e n s p r u n g wieder die alte Theorie, damit jedoch findet sie endgültig ihren Abschluß.

In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts werden nun Impfversuche unternommen, um Klarheit zu erhalten. V e l p e a u (1852) brachte eine Feigwarze an der Glans eines Patienten durch Befestigung mit dem Vorhautblatt in innige Berührung und erhielt nach einigen Tagen dort ebenfalls eine Wucherung. M a r t i n und C r o n q u i s t weisen zu Recht auf die Unzulänglichkeit dieses Versuches hin, der höchstens durch Irritation erfolgreich ablief.

1866 wurden von K r a n z fünf positive Versuche veröffentlicht, jedoch von P e t t e r s und C r o n q u i s t wieder nicht anerkannt.

G ü n t z und K a r w o w s k i führten zahlreiche Versuche durch, jeweils mit negativem Ergebnis.

Die ersten positiven Übertragungsversuche gelangen W a e l s c h

und F a n t l (1917), indem sie Kondylom-Material eines nicht venerisch kranken Mediziners auf ihre eigenen linken Unterarme und auf das Genitale einer Virgo impften. An Waelsch's Unterarm und am Genitale der Virgo entstanden nach zweieinhalb Monaten Warzen. Fantl's Unterarm zeigte nach 9 Monaten Warzen.

Z i e g l e r (Breslau) hat unter Aufsicht von Professor G o t t r o n nach derselben Art eineinhalb Jahre später an den Armen der Versuchspersonen Wucherungen erhalten, die histologisch den Verrucae vulgaris ähnelten.

Klinik, Ätiologie und Pathogenese

Bei den Condylomata acuminata handelt es sich um Fibro-epitheliome, die durch Viren verursacht werden. Wahrscheinlich stellen sie nur eine terrainbedingte Abart der Verrucae vulgaris dar. (Gruppe der Virus-Papillome). Das Virus scheint direkt in die Epidermis einzudringen (Mikroläsionen).

S e r r a (1924) gelang der Beweis, daß es sich um ein filtrierbares Virus handelt. Er schickte Material von Condylomata acuminata des Sulcus coronarius und von Papillomen der Regio suprapubica durch ein Chamberland-Filter. Das Papillom-Material überimpfte er mit positivem Erfolg, wobei er nach fünfeinhalb Monaten Verrucae vulgaris erhielt. Das Kondylom-Material wurde ebenfalls mit positivem Erfolg überimpft; es entstanden warzenähnliche Gebilde (Inkubation 3-11 Monate). Der Erfolg der Impfung ist allerdings vom Individuum abhängig, außerdem an einzelnen Körperstellen verschieden. G o t t r o n weist immer darauf hin, daß nicht nur der Erreger, sondern auch das Terrain bzw. die Disposition des Kranken eine wichtige Rolle bei der Entwicklung eines krankhaften Geschehens spielen.

G o l d s c h m i d t und K l i g m a n (1958) erhärteten mit ihren Versuchen die Ansicht, daß *Condylomata acuminata* und *Verrucae vulgaris* durch dasselbe Virus verursacht werden. Die Frage nach der Singularität oder Pluralität der Erreger der infektiösen Akanthome des Menschen ist aber noch nicht endgültig entschieden.

Die Übertragung auf Tiere ist bisher noch nicht gelungen. Beimpfungen von Ei- und Gewebekulturen verliefen ebenfalls negativ.

Zunächst entstehen kleine, stecknadelkopfgroße, gezähnte Papeln. Solche hahnenkammähnlichen, spitz auf ihrer Unterlage aufsitzenden Wucherungen können bald zu größeren, blumenkohlartigen Beeten konfluieren. Anfangs haben sie die Farbe des Mutterbodens, mitunter gehen sie aber dann ins Bläulich-rote über. Die Konsistenz ist meist weich; sie sind sehr gefäßreich, daher treten nicht selten Blutungen auf, vor allem durch mechanische Irritationen. Ältere Herde werden an der Oberfläche häufig hyperkeratotisch und somit hart und trocken, besonders bei A-Hypovitaminose und Argyrose, - *Condylomata acuminata cornoides* Casazza-, beschrieben von V i s e t t i (1958), sowie von L a n g h o f f und E l s t e (1958/59).

Kleine *Condylomata acuminata* können jucken, größere schmerzen. Spontanheilungen sind selten. Unter Druck können schwärzliche Nekroseherde mit üblem Foetor entstehen. Besonders dort können dann grobwellige *Spirochaeten* gefunden werden. Kondylome entwickeln sich mit Vorliebe dort, wo durch äußere Umstände, wie Mazeration und Durchfeuchtung die Entwicklung gefördert wird, (Go., Diabetes, Phimose, Gravidität, Päderasten, Homosexuelle) überhaupt unter den physiologischen Bedingungen des Anal- und Genitalbereiches (mechanische Reize, Smegma- und Schweißbildung). Übertragung durch Geschlechtsverkehr ist möglich. Kinder sind selten betroffen.

Häufigster Sitz beim männlichen Geschlecht sind: Glans, Sulcus coronarius, Praeputium und Frenulum, Penisschaft und Anus.

Bei den Frauen sind die Labien, Vulva, Vagina, Hymenreste, Damm, Anus und Schenkelbeuge die bevorzugten Lokalisationen. Condylomata acuminata mit besonders starkem Ausmaß bei Graviden können ein Geburtshindernis darstellen. P r o c h o r o w berichtet über einen solchen Fall, der als Indikation zum Kaiserschnitt galt.

Intraurethrale Condylomata acuminata rufen häufig eine unspezifische Urethritis mit eitrigem Fluor, Schmerzen und Miktionsbeschwerden hervor. (H ö f e r 1957). Nach M o r r o w und Mitarbeiter (1952) sind die distalen Abschnitte der Urethra befallen, selten auch die pars posterior; alleinige Lokalisation dort kommt nicht vor. Als Beschwerden gaben 81% Brennen beim Wasserlassen, Harndrang, Pollakisurie und geteilten Harnstrahl an. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

C h e s t e r und S c h w i m m e r (1958) wiesen darauf hin, daß Condylomata acuminata an der Analregion auf die Schleimhaut übergreifen können, besonders bei Homosexuellen. Daher ist eine rektoskopische Untersuchung unerlässlich.

R.A. P o m m e r e n i n g fand innerhalb von 2 Jahren 8 Fälle (davon 7 Männer) von perianalen Condylomata acuminata mit gleichzeitigem Befall der Rektalschleimhaut, was nur durch Rektoskopie festgestellt werden konnte.

Differentialdiagnose

Bei Syhilitikern können gleichzeitig Condylomata lata und acuminata auftreten (D e x t e r und R o c k w e l l 1951). Abklärung erfolgt durch Spirochaetennachweis und Penicillintherapie, da Condylomata lata daraufhin verschwinden, acuminata nicht. H a r t m a n n und Mitarbeiter stellten allerdings fest, daß manche Erreger ein gemeinsames Antigen haben, dadurch kann bei Fleckfieber, Gelenkerkrankungen, Condylomata acuminata,

Induratio penis plastica, Adnexitis ein positiver WaR entstehen (C a z o r l a , C a s t e l l i).

Maligne Entartung ist sehr selten. Chronische Einwirkung mechanischer und chemischer Reize können schließlich dazu führen, z.B. jahrelang bestehende, angeborene Phimose (sehr selten auch einmal bei erworbener). Die Wucherungen dringen in die Tiefe und infiltrieren ins Gewebe, wobei sie unter dem Vorhautsack noch ehe sie maligne entarten nach außen durchbrechen, eventuell an mehreren Stellen. B r a c k (1960) fand 40 Fälle in der Literatur über Genital-Ca, welche auf dem Boden chronisch wuchernder Condylomata acuminata entstanden waren. Die pathogenetische Reihe bei 10-20-jährigem Verlauf ist folgende: beetartige Kondylome - Riesenkondylome - Rezidive - atypische Condylomata acuminata mit Ulcera, bakt. Sekundärinfektion und massiver Destruktion - Plattenepithelcarcinom.

B a u e r und F r i e d e r i c h beschreiben einen Fall, bei dem ein Patient nach 20-jähriger Eigenbehandlung von spitzen Kondylomen am Penis mit Höllenstein, ein Carcinom erhielt, das eine Emasculation notwendig machte. Der Zusammenhang zwischen Phimose und Kondylomen-Carcinom, sowie die Notwendigkeit einer frühzeitigen Circumcision des Penis-Carcinoms werden diskutiert.

B u s c h k e und L ö w e n s t e i n beschrieben 1925 zum ersten Mal Läsionen am Penis, welche klinisch als Carcinome imponierten, histologisch sich aber als Condylomata acuminata erwiesen. Solche Riesenkondylome vom Typ Buschke-Löwenstein haben ein sehr dickes Stratum corneum und eine ausgesprochene Tendenz zum Tiefenwachstum mit Verdrängung der tieferen Schichten. Gegenüber einem Carcinom fehlen häufige Mitosen und eigentlich infiltrierendes Wachstum. Wichtig ist es, zwischen Condylomata acuminata vom Typ Buschke-Löwenstein und den gewöhnlichen Condylomata acuminata zu unterscheiden, da erstere nicht auf Podophyllin ansprechen. Weiter ist es wichtig, zwischen Epitheliomen des Penis und Riesenkondylomen zu unterscheiden, weil eine Penisamputation im ersten Fall lebensrettend sein

kann. Bei älteren Patienten sollte immer an ein Carcinom gedacht werden (Nachweis durch Probeexzision).

G.F. M a c h a c e k und D.R. W e a k l e y halten bei der Diagnose Riesencondylome, abgesehen von der Amputation des Penis, extensive Elektrochirurgie oder vollständige Exzision für die einzige Therapie, die einige Aussicht auf Erfolg verspricht.

Bei Hymenalkarbunkeln fehlt die feine Zähnelung der beginnenden Condylomata acuminata.

Sogenannte Papillen des Eichelkranzes sind in regelmäßigen Reihen angeordnet und waren schon immer da.

Hämorrhoiden sind weich und eindrückbar.

Epidemiologie

Wiederholt wurde die natürliche Übertragung von Mensch zu Mensch beobachtet (E p s t e i n 1958). Bei Kreißenden besteht die Gefahr der Übertragung auf das Kind beim Durchtritt durch den Geburtskanal. Besonders wenn massive Wucherungen in Vagina, Vulva und Damm bestehen. Übertragung beim Geschlechtsverkehr ist ebenfalls möglich.

B a r e t t und Mitarbeiter (1954) beobachteten bei Soldaten, die aus dem Koreafeldzug nach Indiana (USA) zurückkehrten und mit einheimischen Frauen Kontakt gehabt hatten, sehr häufig Condylomata acuminata im Genitalbereich. Bei den Ehefrauen entwickelten sich in fast 100% der Fälle ebenfalls Condylomata acuminata. Die Mehrzahl nahm dies 4-6 Wochen nach der Heimkehr ihrer Ehemänner wahr. Die Inkubationszeit dürfte also diesem Zeitraum entsprechen.

Eine strenge Normierung der Inkubationszeit ist wie bei den

anderen Warzen nicht möglich. Sie scheint sich in einem Zeitraum von 1-11 Monaten zu bewegen.

Im Krankengut der städtischen Hautklinik Stuttgart befand sich ein Fall, bei dem der 32-jährige Ehemann von seiner 23-jährigen Frau infiziert wurde. Die Condylomata acuminata waren bei der Frau zu Beginn einer Gravidität perianal und an der Vulva aufgetreten, beim Ehemann etwa 6 Monate später an der Glans.

Histologie

Histologisch handelt es sich um stark ausgebildete Epidermiswucherungen (Akanthose und Hyperpapillomatose). Der Papillarkörper zeigt stark verzweigte Sprossung als Stütze für die Hyperakanthose. Im Bereich der verzweigten Papillen findet sich ein entzündliches Zellinfiltrat, zum Teil perivaskulär angeordnet. Mitunter sind Leukozyten in die Epidermis eingewandert. Im Papillarbereich und im oberen Corium sind zahlreiche neugebildete Gefäße mit breiten Lumina und dünnen Wänden zu sehen. Kapillaren und Lymphspalten sind erweitert. Das obere Corium ist oft ödematös verändert.

Stratum spinosum mit seinen breiten, zapfenförmig in die Tiefe wachsenden Reteleisten ist verbreitert, zeigt häufig Mitosen; stets ist es jedoch regelmäßig aufgebaut und scharf gegen das Corium abgegrenzt (Abgrenzung gegenüber Plattenepithelcarcinom). Gelegentlich sind, besonders im oberen Rete, die Zellen vergrößert und vakuolisiert. Diese Zellen zeigen hyperchromatische, runde oder ovale Kerne (L e v e r 1958).

Das Stratum granulosum zeigt unterschiedliche Hyperkeratose und überwiegend parakeratotische Zellen. Isolierte Dyskeratosen

kommen besonders dort vor, wo Leukozyten die Epidermis durchwandern. Die parakeratotische Hornschicht ist oft vakuolig aufgelockert.

Das Stratum corneum ist dort verdünnt, wo die Wucherung auf feuchtem Boden sitzt, in trockenen Arealen dagegen meist verdickt.

G a n s und S t e i g l e d e r (1957) unterscheiden 4 Kernveränderungen:

1. Der Kern stellt eine homogene, glasige Masse dar.
2. Die rundliche oder ovale Kerneinschlußmasse ist deutlich von der sich anders färbenden Kernmembran zu unterscheiden.
3. Kondylomzellen (die Kernoberfläche ist mehr oder weniger regelmäßig gefältelt; der Kern ist homogen erstarrt; das Protoplasma ist perinucleär vakuolisiert).
4. Zellen mit kompaktem Kern und Kerneinschlüssen, welche viel kleiner als die hellen Zellen der Nachbarschaft sind.

L i p s c h ü t z (1932) fand im Rete Malpighii in den vakuolisierten Zellen "basophile Massen", welche den Kern fast ausfüllen und durch eine helle Zone von der Kernmembran getrennt sind. Auch B l o c h und G o d m a n (1957) fanden Kerneinschlüsse bei Condylomata acuminata.

Katamnestiche Untersuchungen zur Klinik der
Condylomata acuminata am Krankengut der Städtischen
Hautklinik in Stuttgart

An der Universitäts-Hautklinik und Poliklinik in Tübingen war die Gesamtfrequenz in den Jahren 1947-1962 insgesamt 65 919 Kranke, dabei entfielen auf die Diagnose "Condylomata acuminata" 99, also 0,15%. Dagegen betrug der Anteil der Condylomata acuminata an der Hautklinik Tübingen in den Jahren 1911-1946 (ausgenommen 1915-1918) 0,34%.

An der Universitätshautklinik Berlin war die Gesamtfrequenz von 1920-1935 insgesamt 252 266 Kranke. Die Diagnose "Condylomata acuminata" wurde 826 mal gestellt = 0,34%.

In Kiel fand man bei 250 000 Kranken der Hautklinik von 1911-1913 und von 1920-1924 einen Prozentsatz von 0,72%, der an spitzen Kondylomen Erkrankten.

Im Handbuch der Dermatologie findet man für die Vereinigten Staaten einen prozentualen Anteil der Condylomata acuminata am Gesamtkrankengut von nur 0,15%, in einer anderen Statistik sogar nur 0,091%.

M o r d e c a i weist in seiner Arbeit darauf hin, daß Höhepunkte der Erkrankungszahlen zu den zeitgeschichtlich wichtigen Daten 1915, 1920, 1930-32 und 1944 vorliegen. Es spielen also hygienische Verhältnisse, veränderte Lebensbedingungen und die dadurch entstandenen psychischen Belastungen eine große Rolle. In Tübingen fand er 1947-1962 keine steilen Gipfel, lediglich nach 1959 erfolgt wieder ein Anstieg. In diesem Zeitraum sind von 24 Kranken 11 Ausländer (fast 50%). Der Zustrom der Gastarbeiter setzt etwa 1956 ein, wobei wiederum die neue Umgebung, Kost, Gewohnheiten und psychische Belastungen für die Erkrankung mitentscheidend sein dürften.

Tabelle I: Verteilung der Kranken mit Condylomata acuminata auf das Krankengut der Städtischen Hautklinik Stuttgart zwischen 1947 und 1964.

Jahr	Gesamtfrequenz	Cond.-Kranke	%
1947	4966	26	0,52
1948	4451	12	0,27
1949	4753	17	0,35
1950	3967	16	0,40
1951	3311	13	0,39
1952	3259	15	0,46
1953	3562	17	0,47
1954	3455	8	0,23
1955	3626	6	0,16
1956	3220	10	0,31
1957	3671	18	0,49
1958	3320	17	0,51
1959	4345	14	0,32
1960	4006	17	0,42
1961	3288	18	0,54
1962	3246	9	0,28
1963	3342	14	0,41
1964	3269	14	0,43
	67 057	261	

Ergänzungstabelle Ia: Verteilung der stationären Kranken mit Condylomata acuminata auf das Krankengut der Städtischen Hautklinik Stuttgart zwischen 1947 und 1964.

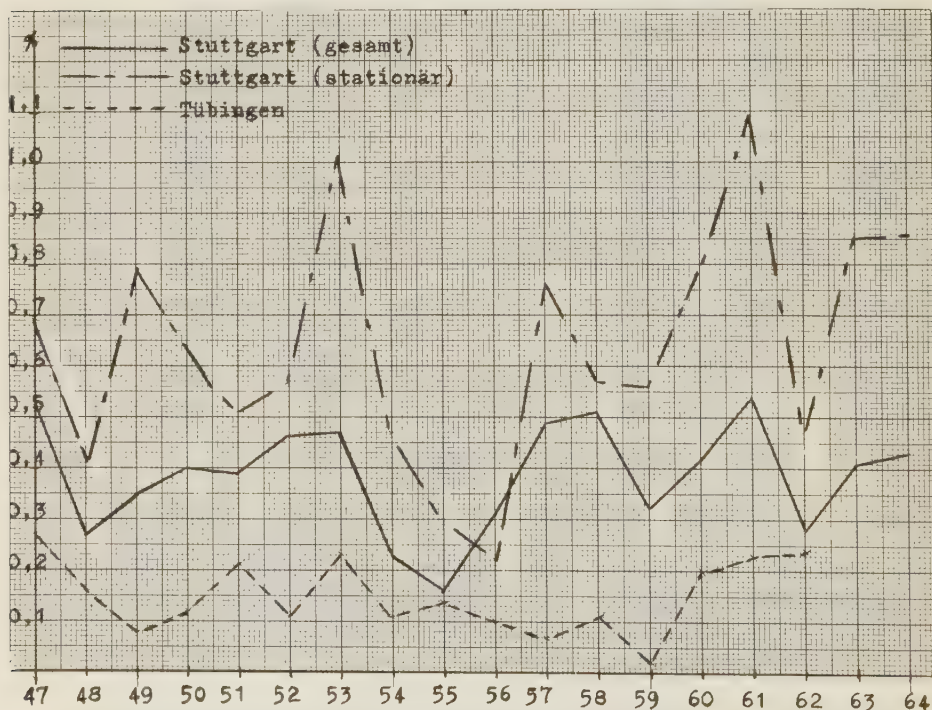
Jahr	Stationäre Gesamtfrequenz	Stationäre Cond.-Kranke	%
1947	2882	20	0,69
1948	2399	10	0,41
1949	1893	15	0,79
1950	1875	12	0,64
1951	1738	9	0,51
1952	1729	10	0,57
1953	1482	15	1,01
1954	1296	6	0,47
1955	1332	4	0,30
1956	1358	3	0,22
1957	1316	10	0,76
1958	1384	8	0,57
1959	1415	8	0,56
1960	1280	10	0,78
1961	1185	13	1,09
1962	1051	5	0,47
1963	1057	9	0,85
1964	1043	9	0,86
	27 715	176	

In Stuttgart betrug die Gesamtfrequenz in den Jahren 1947-1964 insgesamt 67 057 Kranke, einschließlich Poliklinik. Die Diagnose "Condylomata acuminata" wurde 261 mal gestellt, so daß ihr Anteil 0,389% betrug.

Im Zeitraum von 1959-1964 sind von 80 Condylomata acuminata-

Kranken 30 Ausländer = 34,88%. Die Kurve zeigt Tiefpunkte 1948, (1951), 1955, 1959 und 1962, was für die These D i e - f e n t h ä l e r s spricht, die Tiefpunkte rhythmisch alle 5 Jahre feststellte. Die Abnahme nach 1958 dürfte auf den wirtschaftlichen Wohlstand und gute hygienische Verhältnisse zurückzuführen sein. Am Anstieg nach 1959 spielt die Zahl der Gastarbeiter sicher eine Rolle.

Tabelle II: Graphische Darstellung der Verteilung der Kranken mit Condylomata acuminata auf das Krankengut der Städtischen Hautklinik Stuttgart zwischen 1947 und 1964.

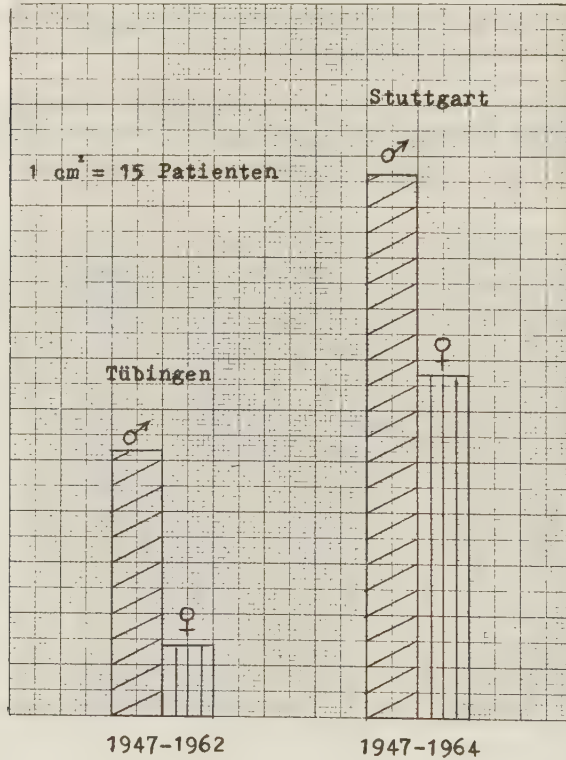


Die Aussagen der Tabellen I und II können nicht als Unterlage genauer Feststellungen betrachtet werden, da der Jahresdurchgang der Ambulanz nicht exakt festgestellt werden konnte. Aus diesem Grunde wurde in die Grafik (Tab. II) zusätzlich eine Kurve über die Verteilung der sicher festgestellten, stationär behandelten *Condylomata acuminata* - Kranken aufgenommen (siehe Tab. Ia). Die beiden Kurven zeigen im Gesamtverlauf keine großen Unterschiede.

Tabelle III: Verteilung der Erkrankungen an *Condylomata acuminata* auf beide Geschlechter zwischen 1947 und 1964, demonstriert am Krankengut der Städtischen Hautklinik Stuttgart.

Jahr	Männer	Frauen
1947	9	17
1948	7	5
1949	8	9
1950	13	3
1951	9	4
1952	11	4
1953	6	11
1954	3	5
1955	4	2
1956	7	3
1957	11	7
1958	13	4
1959	11	3
1960	13	4
1961	10	8
1962	5	4
1963	10	4
1964	10	4
	160	101

Tabelle IV: Graphische Darstellung der Verteilung der Erkrankungen an Condylomata acuminata auf beide Geschlechter zwischen 1947 und 1964, demonstriert am Krankengut der Städtischen Hautklinik Stuttgart.



Die Tabellen III und IV zeigen deutlich, daß das männliche Geschlecht häufiger betroffen ist als das weibliche, und zwar Männer 160 = 61,3%, Frauen 101 = 38,7%. Dies bedeutet ein Verhältnis von 1,54 : 1.

An der Universitäts-Hautklinik Tübingen fand M o r d e c a i in der Zeitspanne von 1947-1962 folgende Verteilung:

Männer 78,7%, Frauen 21,3%, also waren die Männer über 3 mal häufiger betroffen als die Frauen (3,5 :1).

Es kann daraus geschlossen werden, daß Männer häufiger an spitzen Kondylomen erkranken als Frauen. Unser Wert für Stuttgart liegt etwa bei dem von Breslau, den B r a u s e n mit 1,4 : 1 angegeben hat. In Berlin fand D i e f e n t h ä l e r 7 mal soviel Männer wie Frauen erkrankt.

Tabelle V: Verteilung der Condylomata acuminata - Kranken des Krankengutes der Städtischen Hautklinik Stuttgart zwischen 1947 und 1964 auf die einzelnen Altersgruppen, prozentual aufgeschlüsselt.

Alter	Männer und Frauen	%
0-12	6	2,30
13-20	67	25,68
21-30	139	53,25
31-40	26	9,96
41-50	12	4,59
51-60	6	2,30
über 60	5	1,91

Die Resultate der Verteilung der 261 Condylomata acuminata-Kranken auf die Altersgruppen ergeben ein Maximum für das Alter zwischen 21 und 30 Jahren mit 139 = 53,25%. Die zweithöchste Frequenz von 67 Kranken = 25,68% fällt auf die Altersgruppe von 13-20 Jahre. Es folgen dann das 4. Jahrzehnt mit 26 = 9,96%, das 5. Jahrzehnt mit 12 = 4,59% und schließlich das 1. und 6. Jahrzehnt mit je 6 Kranken = 2,30%.

Im Krankengut der Städtischen Hautklinik Stuttgart ist die unterste Altersgrenze 1 Jahr, die oberste 71 Jahre.

Nach dem 30. Lebensjahr ist ein deutliches Absinken der Erkrankungen festzustellen. Eine ähnliche Verteilungskurve erhielt auch M o r d e c a i in Tübingen, gleichfalls mit einem klaren Gipfel zwischen 21 und 30 Jahren.

D i e f e n t h ä l e r schrieb 1936 in ihrer Arbeit, daß die Gründe für die Häufung der Erkrankungen an spitzen Kondylogen zwischen 13 und 40 Jahren sicher auch in der Häufung der Geschlechtskrankheiten in diesem Altersabschnitt zu suchen sind. Trotz Rückgang der venerischen Erkrankungen spielen diese als Begleiterkrankungen auch heute noch eine große Rolle. Auf diese Ursachen soll aber später in Tabelle IX eingegangen werden. Pubertät und die stärkste sexuelle Aktivität dürften für die Häufung der Erkrankungen zwischen 13 und 30 Jahren sicher mitverantwortlich sein. In Stuttgart fallen 78,9% der Condylomata acuminata-Kranken in diesen Altersabschnitt.

Da Feigwarzen vorwiegend auf feuchtem Grund entstehen, ist die Abnahme der Erkrankungen im Alter sicher auf die allgemeine Trockenheit und Atrophie der Haut und Schleimhaut zurückzuführen, worauf W. F r e u d e n t h a l und R. S p i t z e r im Handbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten hinweisen.

Tabelle VI: Verteilung der Condylomata acuminata-Kranken des Krankengutes der Städtischen Hautklinik Stuttgart zwischen 1947 und 1964 nach Bevölkerungsschichten und Berufsgruppen.

			Gesamt-
			zahl
1947-1964			
1. Arbeiter	Allg. Arbeiter	57	57
2. Landwirtsch. Arbeiter	Landwirte	2	2
3. Handwerker	Mechaniker	10	
	Schlosser	15	
	Werkmeister	3	
	Maurer	10	
	Schuhmacher	2	
	Schreiner	7	
	Schneiderinnen	11	
	Friseure	2	
	Kellner/Köche	6	
	Sonst. Handwerker	31	104
4. Kaufm. Berufe	Kaufmann	9	
	Kaufm. Angestellte	13	22
5. Akadem. Berufe	Studenten	5	
	Beamte	2	7
6. Sonstige Berufe	Dienstmädchen	14	
	Kraftfahrer	9	
	Kontoristinnen	8	
	Hausfrauen	6	
	Haustöchter	6	
	Schüler	5	
	Fürsorger	3	
	Soldaten	2	53
			245

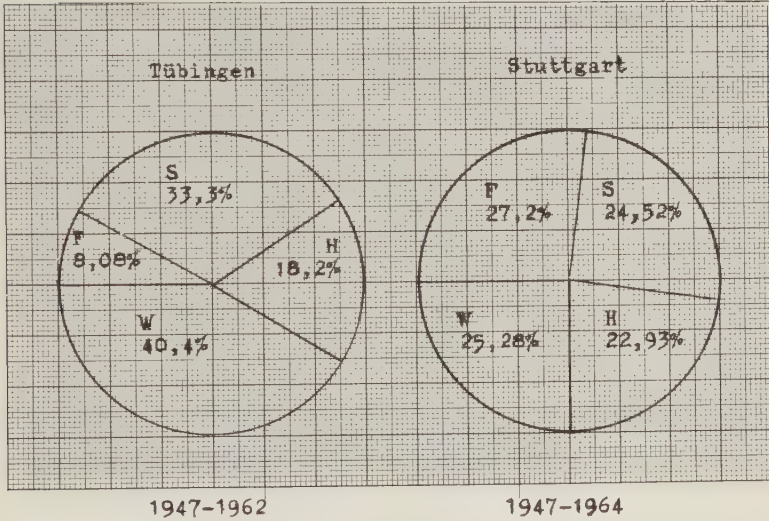
Unter den 261 Condylomata acuminata-Kranken der Städtischen Hautklinik Stuttgart befanden sich 104 Handwerker = 39,8% und 57 Arbeiter = 21,8%, darauf folgen kaufmännische Berufe, Dienstmädchen und Kraftfahrer. Bei den am meisten betroffenen Berufsgruppen dürfte die Erkrankung vorwiegend durch die schmutzige Tätigkeit und die mangelnde Hygiene verursacht sein. Dieser letzte Faktor ist heute stark in den Hintergrund getreten, da sich die hygienischen Verhältnisse wesentlich gebessert haben.

Aus dem Krankengut der Städtischen Hautklinik geht weiter hervor, daß 63,6% der Condylomata acuminata-Kranken aus städtischen, 26,8% aus ländlichen Gebieten stammen. 9,6% waren ohne festen Wohnsitz.

Tabelle VII: Verteilung der Condylomata acuminata-Kranken des Krankengutes der Städtischen Hautklinik Stuttgart zwischen 1947 und 1964 nach den einzelnen Jahreszeiten, prozentual aufgeschlüsselt.

Jahreszeit	Gesamtfrequenz 1947 - 1964	%
Frühling	71	27,20
Sommer	64	24,52
Herbst	60	22,98
Winter	66	25,28

Tabelle VIII: Graphische Darstellung der jahreszeitlichen Verteilung der Condylomata acuminata-Kranken des Krankengutes der Städtischen Hautklinik Stuttgart.



Wie die Tabellen VII und VIII zeigen, weisen Frühling und Winter etwas höhere Erkrankungszahlen auf: Frühling 27,20%
 Sommer 24,52%
 Herbst 22,98%
 Winter 25,28%.

Eine Ursache mag in der dichterem Bekleidung und im engeren Zusammenleben während der kalten Jahreszeit liegen. Um jedoch epidemiologische Folgerungen zu ziehen, ist der Unterschied zu gering. In Berlin und Breslau wurde eine ähnliche Verteilung gefunden, etwas abweichend war das Ergebnis von Tübingen in den Jahren 1947-1962.

	Berlin	Breslau
Frühling	27,2%	24,3%
Sommer	24,9%	25,4%
Herbst	20,4%	20,4%
Winter	27,4%	29,9%

	Tübingen (1911-46)	Tübingen (1947-62)
Frühling	26,00%	8,08%
Sommer	25,11%	33,40%
Herbst	19,59%	18,19%
Winter	28,92%	40,41%

Tabelle IX: Verteilung der Condylomata acuminata-Kranken des Krankengutes der Städtischen Hautklinik Stuttgart zwischen 1947 und 1964 nach der Lokalisation

Körperteil		1947-1964	insgesamt
1. <u>Kopf</u>	Hals	1	1
2. <u>Rumpf</u>	Achselhöhle	1	
	<u>männl. Genitale:</u>		
	a) i. Vorhautblatt nebst Frenulum	39	
	b) Sulc. coronarius	38	
	c) Glans	27	
	d) Penisschaft	10	
	e) ä. Vorhautblatt	3	
	<u>weibl. Genitale:</u>		
	a) gr. und kl. Labien	33	
	b) Vulva	33	
	c) Vagina	11	
	d) Klitoris	5	
	e) Hymenreste	4	
	Orificium urethrae	11	
	Anus	69	284
3. <u>Extremitäten</u>	Oberschenkel	3	3

Aus Tabelle IX ist zu entnehmen, daß die Genitalien bei Männern und Frauen am häufigsten befallen sind. Dabei beim Manne vorwiegend das innere Vorhautblatt mit Frenulum und Sulcus coronarius, etwas seltener die Glans, gelegentlich mit Übergreifen auf das Orificium urethrae. Selten befallen sind das äußere Vorhautblatt und der Penischaft. Die Urethra ist bei Männern häufiger betroffen als bei Frauen (7 : 4).

Bei den Frauen sind große und kleine Labien sowie die Vulva am häufigsten betroffen. Seltener Lokalisationen sind Vagina, Klitoris und Hymenreste. An Portio und Cervix uteri war im gesamten Krankengut der Städtischen Hautklinik Stuttgart keine Patientin erkrankt. Auch W h a r t o n weist darauf hin, daß er innerhalb von 30 Jahren im John Hopkins Hospital nur 3 Fälle mit Lokalisation an der Cervix feststellte. Zwei entstanden auf Go.-, einer auf Tbc-Basis.

Häufig betroffen ist bei beiden Geschlechtern der Anal- und Circumanalbereich (69), mit etwa gleicher Verteilung auf beide Geschlechter. In 10% war die Analschleimhaut mit betroffen. Von den 69 Patienten war bei 22 sowohl die Anal-als auch die Genitalregion betroffen.

N a d e l , A m a n n u.a. fanden Condylomata acuminata am Mund und an der Wangenschleimhaut. Sie stellten dabei fest, daß chronische Schleimhautentzündungen eine wichtige Rolle spielen.

M ü h l p f o r d t und S i e m e n s fanden spitze Kondylome am Gaumen und Gaumensegel, wo sie wegen der Kleinheit häufig übersehen werden können.

Bei chronischen Schleimhautentzündungen des Ohres können sie im äußeren Gehörgang (K e r l), und bei Entzündungen der Nasenschleimhaut in der Nasenhöhle (S e g r e) auftreten.

In unserem Krankengut fanden sich 2 Fälle mit Condylomata

acuminata mit einer Lokalisation außerhalb der Anal- und Genitalregion und ihrer näheren Umgebung.

1) 1956

42-jährige Arbeiterin

D.:Condylomata acuminata an Vulva und Hals,
keine Begleiterkrankung.

2) 1957

40-jährige Arbeiterin

D.:Condylomata acuminata in der Achselhöhle re.,
keine Begleiterkrankung

Das Ausmaß war einige Male bis Kindsfaustgröße.

In Tübingen wurden in der Zeitspanne von 1947-1962 Condylomata acuminata in der Achselhöhle, am Zungengrund und im äußeren Gehörgang je 1 mal diagnostiziert.

Tabelle X: Verteilung der Condylomata acuminata-Kranken des Krankengutes der Städtischen Hautklinik Stuttgart zwischen 1947 und 1964 nach den Begleiterkrankungen.

Von 261 Kranken waren erkrankt an:

Erkrankung	Zahl	%
Gonorrhoe	25	9,56
Phimose und Balanitis	21	8,04
Lues	13	4,98
Gravidität	13	4,98
andere Krankheiten		
(Scabies, Ekzem, Fluor)	29	11,11
	102	38,31

Tabelle X zeigt, daß als Grundkrankheit an erster Stelle Go. mit 25 Patienten = 9,56% steht. Dies stellte 1947 bereits A m b r u s in einer Statistik fest. Mit der Einführung der Antibiotika in die Behandlung der venerischen Erkrankungen ist auch die Zahl der Condylomata acuminata gesunken. Von 1911-1946 waren in Tübingen noch 15,4% der Condylomata acuminata-Kranken an Go. erkrankt, 1947-1962 waren es nur noch 4,04%. An Lues waren es 1911-1946 noch 5,6%, von 1947-1962 nur 4,04%. In Stuttgart beträgt der Anteil der Lues 4,98% in dem Zeitraum von 1947-1964.

Aus anderen Statistiken gehen folgende Werte hervor:

R a s c h: Bei 118 Kranken mit spitzen Kondylomen waren 50,8% an Go. erkrankt, (1900)

B r a n d e s: Von 38 Kranken mit spitzen Kondylomen waren 47,7% an Go. erkrankt. (1924)

Häufig ist das Zusammentreffen von Condylomata acuminata mit Phimose und Balanitis. In Tübingen (1947-1962) 5,05%, in Stuttgart waren es (1947-1964) 8,04%. Bei dieser Grundkrankheit spielt die mangelnde Reinigungsmöglichkeit eine große Rolle. Besonders Balanitis bietet einen guten Nährboden für spitze Kondylome, wobei es dann zu Abszeß- und Fistelbildung kommen kann.

Fälle von spitzen Kondylomen, bei denen Drucknekrose und Abszesse in der Präputialhaut entstanden, beobachteten F e s s l e r und M a l l i s o n. Ein Fall von Condylomata acuminata, welcher durch Resorption des septischen Sekretes zu Phimose, Lymphangitis und schließlich zu sekundärem Gangrän des dorsum penis führte, wurde von G u i t è r a s beschrieben.

F r e i schildert einen Fall, wo ein Kranker seit Jahren die Vorhaut hinter der Eichel zurückgeschoben trug. Er führt die Erkrankung auf venöse Stauung der Skrotalgefäße und eine Erweiterung der Hautgefäße zurück. Allerdings sind Condylomata

acuminata bei zurückliegender Vorhaut und bei Beschnittenen sehr selten, was M o r d e c a i durch eine Anfrage in Tel Aviv auch bestätigt wurde.

Eine nicht unwesentliche Rolle spielt bei der Entstehung der Condylomata acuminata die Gravidität. In Tübingen waren (1947-62) 4,04% der Kondylom-Kranken gravide, in Stuttgart waren es 4,98%.

Therapie

Bei der Behandlung muß die Grundkrankheit z.B. Go., Lues, Phimose berücksichtigt werden, da sonst die Gefahr eines Rückfalls droht. Ohnehin ist die Neigung zu Rezidiven groß.

Vaccine Behandlung: Mit der Vaccine-Behandlung erreichte B i b e r s t e i n beachtliche Erfolge. Es wurden zweimal wöchentlich je zwei intracutane Quaddeln à 0,1 ccm des Impfstoffes angelegt. In der modernen Literatur wird diese Therapie jedoch kaum mehr erwähnt.

Suggestive Behandlung: N a s e m a n schreibt: "Oft führt auch eine suggestive Therapie zum Erfolg." B o n j o u r (1927) ist derselben Ansicht.

Äußerliche Behandlung: Die Ursachen für die Entstehung von Condylomata acuminata sind häufig die Ansammlung von Sekret oder der ständige mechanische Reiz eines Fluors; daher gelingt es manchmal mit einfachen Maßnahmen zum Ziel zu gelangen. Oft genügen Waschungen und hygienische Pflege, um eine Verkleinerung oder Rückbildung der spitzen Kondylome zu erreichen. Zur Reinigung sollen möglichst reizlose Seifen (Kaloderma, Lanolin), eventuell mit Zusatz von Desinfizienzien verwandt werden. Reinigung mit Benzin ist auch möglich. Prophylaktisch sollen solche hygienischen Maßnahmen nach Entfernung der Wucherungen auf jeden Fall angewandt werden.

Ätzbehandlung: Bei kleineren Wucherungen ist die Ätzmethode, eventuell mit der chirurgischen kombiniert, die Methode der Wahl. 1942 wurde von K a p l a n in Amerika zum ersten Mal die Behandlung der Condylomata acuminata mit 25% Podophyllin in Mineralöl veröffentlicht. Diese Methode fand wegen der starken Wirksamkeit rasch Anwendung.

Podophyllin ist ein Harz, das aus "Mandrake", einer Pflanze, die in Amerika beheimatet ist, gewonnen wird. Beobachtungen über seine Wirkungen auf die Haut wurden von S u l l i v a n und K i n g gemacht. Die Verwendung in Augennähe oder in der Urethra und im Rectum soll vermieden werden. (Hier ist die Therapie mit dem scharfen Löffel oder Kaustik anzuwenden.)

Nach E. R i e c k e eignen sich für kleine Wucherungen auch leichte Ätzmittel (Pulv. frond. Sabinae, Alumen ustum $\bar{a}\bar{a}$) S c h n e i d e r - S c h ö n f e l d empfiehlt für solche Fälle abwechselnd milde Pulver (Zinc. oxydat., Acid. tannic. $\bar{a}\bar{a}$ 5,0) mit einem scharfen Pulver (Pulv. summitat. Sabinae, Alumen ustum $\bar{a}\bar{a}$ 5,0) oder zweimal tägliches Bepinseln mit 2-5% Lösung Podophyllin in Glycerin oder Polyglykol. Derbere Wucherungen werden mit 20-25% Lösung Podophyllin in Alkohol oder Paraffin eingepinselt. Die Umgebung muß dabei mit Zinkpaste gut abgedeckt werden. Anfangs kann diese Bepinselung schmerzhaft sein. Oft genügt eine einmalige Einpinselung, die Kondylome werden dann nach ein bis zwei Tagen nekrotisch und fallen ab oder sie werden durch ein Bad entfernt. Die Behandlung kann nach zwei bis drei Tagen wiederholt werden. Bei Graviden ist die chirurgische Methode vorzuziehen.

G.F. M a c h a c e k und D.R. W e a k l e y haben in ihrer Arbeit über Podophyllin-Therapie keinen Fall von Kondylomen des Types Buschke-Löwenstein gefunden, der auf diese Weise behandelt wurde. Hier ist die chirurgische Methode angezeigt. Im Krankengut der Städtischen Hautklinik Stuttgart fanden sich 3 Fälle mit pflaumen- bis kindsfaustgroßen Kondylomen, welche gleichfalls mit Kauter oder Skalpelli entfernt wurden.

Flüssiger Stickstoff: C. W h i t e (1898) erwähnt unter Hinweis auf Ch. T r i m e r die Behandlung von Warzen mit flüssiger Luft. Die Methode ist "geeignet zur Beseitigung der Condylomata acuminata." Vorteile dabei sind nach Z i e r z, E n d - r e s, C a u v i n, W a s m e r, B a k k e r und D u - p e r r a t die Einfachheit dieser Methode, keine Anaesthetie, kaum schmerzhaft, sowie gute kosmetische Resultate.

Der therapeutische Effekt besteht in der Kältewirkung. Die Warze verfärbt sich weiß und wird dann steinhart gefroren. Nach 24-48 Stunden entsteht eine serös-hämorrhagische Blase, welche unter einem Heftpflasterverband eintrocknet und nach 8-10 Tagen mit einer Pinzette abgenommen werden kann.

Chirurgische Methode: Früher wurde häufig von der Ligatur der Condylomata acuminata Gebrauch gemacht. Heute wird diese Methode wegen der Infektionsgefahr nicht mehr ausgeübt. Die Methode der Wahl ist jetzt der scharfe Löffel mit anschließender Puderbehandlung (Pulv. Sabinae). Bei schweren rezidivierenden spitzen Kondylomen stellt die Circumzision die beste und sicherste Behandlungsmethode dar. Elektrokoagulation bewirkt häufig ausgedehnte Läsionen, welche sekundär zu einer entzündlichen Phimose führen können, wonach durch Mazeration neue Wucherungen entstehen (E. F r u g i s, G. A r m u z z i, P. M e n e g h e l l i, A. M a n c o s u).

Elektro-physikalische Methode: (Kaustik) Nach F r e u d e n - t h a l ist: "Kaltkaustik großer Kondylom-Pakete im Anschluß an eine ergiebige Exkochleation ein wirksamer und empfehlenswerter Eingriff!"

Röntgenbehandlung: R i e c k e: "Röntgenbestrahlungen sind kontraindiziert, da der mögliche Erfolg in keinem Verhältnis zur Gefahr durch Schädigung der strahlenempfindlichen Schleimhaut und der Keimdrüse steht."

P r o p p e schreibt: "Die Röntgenbestrahlung der Condylomata acuminata dürfte Wert sein, in Vergessenheit zu geraten."

Das Risiko der Gonadenschädigung sollte heute, bei den erfolgreichen anderen Behandlungsmethoden nicht mehr eingegangen werden.

Tabelle XI

Angewandte Therapie bei Condylomata~~+~~acuminata-Kranken an der Städtischen Hautklinik Stuttgart

Therapie	1947-1964	%-Zahl
Scharfer Löffel	89	34,1
Podophyllin	67	25,7
Kauter	48	18,4
Summ. Sab.	12	4,6
Operativ	9	3,5

Die Behandlung wurde vorwiegend mit dem scharfen Löffel (34,1%) und Podophyllin (25,7%) vorgenommen. Von 261 Condylomata acuminata-Kranken wurden 85 = 32,5% ambulant behandelt, wobei der Anteil der Männer mit 73% deutlich überwiegt. Rezidive wurden bei 13 Patienten = 5% festgestellt. Eine exakte Aussage ist jedoch nicht möglich, da keine Nachuntersuchungen vorgenommen wurden und ein erheblicher Teil nur ambulant behandelt wird.

Zusammenfassung

Anhand der statistischen Untersuchungen am Krankengut der Städtischen Hautklinik und Poliklinik Stuttgart in den Jahren 1947-1964 ergibt sich folgendes Bild:

1. Der prozentuale Anteil der Condylomata acuminata beträgt 0,38% der Gesamtfrequenz.
2. Bei der Verteilung auf die Geschlechter beträgt das Verhältnis Männer zu Frauen 1,54:1.
3. Die Altersverteilung ergibt ein deutliches Maximum (53,25%) zwischen 21 und 30 Jahren.
4. Am häufigsten betroffen sind vorwiegend Personen aus weniger wohlhabenden Bevölkerungsschichten und schlechteren hygienischen Verhältnissen.
5. In der jahreszeitlichen Verteilung ist eine leichte Häufung im Winter und Frühling festzustellen.
6. Die häufigste Lokalisation ist die Anal- und Genitalregion, und zwar:

Bei den Männern: Sulcus coronarius, inneres Vorhautblatt und Glans.

Bei den Frauen: Labien und Vulva.

7. Als Grundkrankheit steht die Gonorrhoe an erster Stelle, es folgen Phimose und Balanitis, Gravidität und Lues. Jedoch waren 61,69% ohne Begleiterkrankung.
8. Therapeutisch wurde vorwiegend der scharfe Löffel und die Bepinselung mit Podophyllin angewandt.

Schrifttum

- Amann, W. Ein Fall von spitzen Kondylomen in der Mundhöhle.
Inauguraldissertation Köln 1920
- Ambrus, M. Beitrag zur Epidemiologie und Klinik der Condylomata acuminata, dargestellt an Hand des Krankengutes der Univ.-Hautklinik und Poliklinik Tübingen von 1911-1946.
Inauguraldissertation Tübingen 1948
- Andree, J. Observations on the Theory and Cure of the Venereal Disease.
London 1779
- Bäreusprung, V. Beiträge zur Anatomie und Pathologie der menschlichen Haut.
Leipzig 1848
- Bakker, P.G. und Mitarb. Über die Behandlung von Warzen und einigen anderen Hautkrankheiten mit flüss. Stickstoff.
Ned.T. Geneesk 1903 (1958)
- Barett, Th. Genital warts - a venereal disease.
J. Amer. Med. Ass. 154, 333 (1954)
- Bauer, K.M. und H.C. Friederich Peniscarcinom auf dem Boden vorbehandelter Condylomata acuminata.
Zeitschr. f. Haut- und Geschlechtskrh. Band 39, H. 4, 150-163 (1965)
- Bell Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne.
Paris 1802
- Biberstein, H. Versuche über Immuntherapie der Warzen und Kondylome.
Klin. Wschr. 14, 638 (1925)

- Blegny, N.de L'art de guérir les maladies vénériennes.
La Haye 1683
- Bloch, D.P. und
C.G. Godman A cytological and cytochemical investiga-
tion of the development of the viral papil-
loma of human skin.
J. exp. Med. 105, 161 (1957)
- Bloch, I. Einige Mitteilungen aus der dermatologischen
Praxis.
Allg. Med. Zeitg. 1898
- Bonjour La guérison des condylomes par suggestion.
Schweiz. Med. Wschr. 57, 980 (1927)
- Brack, H. Die maligne Entartung spitzer Kondylome.
Inauguraldissertation München 1960
- Brandes, K. Über die Beziehungen zwischen den Verrucae
vulgaris und den Condylomata acuminata.
Inauguraldissertation Hamburg 1924
- Brausen, W. Zur Epidemiologie und Klinik der Condylomata
acuminata an Hand des Krankengutes der
Breslauer Univ.-Hautklinik.
Inauguraldissertation Breslau 1938
- Buschke, A. und
L. Löwenstein Über carcinom-ähnliche Condylomata acuminata
des Penis.
Berl. klin. Wschr. 4, 36 (1925 II)
- Castelli, G. Limiti di applicazione pratica della rea-
zione di Ide.
Atti Soc. ital. Derm. Sif. 4, 196 (1941)
- Cauvin, F. und
B. Duperrat 1. L'azote liquide dans le traitement des
verrues.
Bull. Soc.franç.Derm.Syph. 61, 505 (1954)
2. L'azote liquide en dermatologie.
Ann.Derm.Syph. 82, 626-634 (1955)

- Carzola, R. Zu einem Fall von fälschlich angenommener Syphilis.
Act.dermo-sifilogr. 28, 378 (Madrid 1936)
Zbl. 54, 44 (1937)
- Celsus, A. Acht Bücher über die Arzneikunde. (V/28)
- Chester, B.J. und B. Schwimmer Perianal verruca acuminata with mucosal lesions.
Arch. Derm. Syph. 71, 149 (1955)
- Cronquist, C. 1. Über die Ätiologie und Pathogenese der spitzen Kondylome.
Malmö 1912
2. Bemerkungen zu Waelsch: "Übertragungsversuche mit spitzen Kondylomen."
Arch. of Derm. 127, 609 (1917)
- Dexter, H.T. und E.M. Rockwell Simultaneous condylomata acuminata and condylomata lata. Report of case.
Arch. Derm. Syph. 64, 205 (1951)
- Diefenthäler, H. Ein Beitrag zur Statistik der Condylomata acuminata unter besonderer Berücksichtigung ihrer Lokalisation im Munde.
Inauguraldissertation Berlin 1936
- Dominici, S. Acta S. Dominici (1221)-Du Cange glossarium.
- Eller, J.Th. Observatio de ingenti marisca sen sycosi intra sinum pudoris enata.
Miscellanea Berolinensia. Berolini 1734
- Endres, H.J. und P. Zierz Flüßige Luft zur Behandlung von Warzen.
Dtsch. med. Wschr. 216 (1954)
- v. Ephesus, R. Condylomata acuminata (Freudenthal u. Spitzer)
Im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrh.
von J. Jadassohn Band XII, Teil 3, 158
J. Springer-Verlag, Berlin 1933

- Epstein, L. Über die Virusätiologie der Warzen und spitzen Kondylome.
Inauguraldissertation München 1959
- Fessler Multiple Praeputialabszeße.
Wiener Dermat. Ges. 25.10.1928
Zbl. 30, 305 und 555 (1929)
- Frei Carcinomähnliche spitze Kondylome am Penis.
Berl. Dermat. Ges. 14.3.1933
Zbl. 47, 21 (1934)
- Freudenthal und Spitzer Warzen und Kondylome, im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrh. von J. Jadassohn
Band XII, Teil 3, J.Springer-Verlag, Berlin 1933
- Frugis, E., Armuzzi, Meneghelli, Mancosu Chirurgische Indikationen bei der Behandlung der rezidivierenden Papillome.
G. ital. Derm. 104, 423-428 (1963)
Zbl. 116, 107 (1964)
- Gans, O. und G.K. Steigleder Histologie der Hautkrankheiten.
J. Springer-Verlag, Berlin 1957
- Chesquier Historia translationis et miraculorum S. Sigeberti.
Acta Sanctor. Bolland. III, 6
- Goldschmidt, H.u. A.M. Kligman Experimental inoculation of humans with ectodermotropic viruses.
J. invest. Derm. 31, 185 (1958)
- Güntz Über die Frage der Kontagiosität der sog. spezifischen Kondylome.
Berl. klin. Wschr. 39 (1867)
- Guitéras Bericht über einen Fall von spitzen Kondylomen des Penis.
Ref. Dermat. Wschr. 21, 659 (1895)

- Hahnemann, S.F.Ch. Die chron. Krankheiten, ihre eigentümliche Natur und homoeopatische Heilung.
Dresden 1828
- Hartmann On the content of group antigen in Human saliva. (1941)
- Höfer, K. Über intraurethrale spitze Kondylome bei Männern.
Derm. Wschr. 804 (1957)
- Hunter, J. A treatise on the venereal disease.
2 Ed. London 1818
- Kaplan, J.W. Condylomata acuminata.
New Orleans M. and S.J. 94, 338-390 (1942)
- Karwowsky Beitrag zur Frage der Infektiosität der Condylomata acuminata.
Wiener Derm. Ges. 1924
Zbl. 13, 40 (1924)
- Kerl Spitzen Kondylomen ähnliche Veränderungen am Meatus ext. auditorius.
Wiener Dermat. Ges. 1924
Zbl. 13, 40 (1924)
- Kluge, C.H. Dzondis Heilart der Lustseuche.
Berlin 1828
- Krämer, A. Über Kondylome und Warzen.
Göttinger Studien 1847
- Kranz Condylomata acuminata (Freudenthal und Spitzer) im Handbuch der Haut- und Geschl.-Krh. von J. Jadassohn, Band XII, Teil 3, 163
J. Springer-Verlag, Berlin 1933
- Langhoff, H. und G. Elste Über hyperkeratotische Condylomata acuminata.
Derm. Wschr. 1362 (1958)

- Lever, W.F. Histopathologie der Haut (Warzen und Condylomata acuminata S. 246-252)
G. Fischer-Verlag, Stuttgart 1958
- Lipschütz, B. Die Einschlußkrankheiten der Haut. Im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten von J. Jadassohn, Band II
J. Springer-Verlag, Berlin 1932
- Luther, M. Martin-Luther-Werke, Kap. XXVII, S. 534
(Deuteronomion Mosi um annotationibus 1525)
Hermann Böhlau, Weimar 1895
- Nachacek, G.F. und D.R. Weakley Giant Condylomata acuminata of Buschke and Löwenstein.
Arch. of Derm. 82, 41 (1960)
- Mallison Perforierende Condylomata acuminata.
Med. klin. 1499, (1930 II)
Zbl. 38, 146 (1931)
- Martialis, M.V. Die Epigramme des Marcus V. Martialis. XII, 33
- Martin, A. Etude sur les végétations.
Ann. de Dermat. 161, 268 (1872)
- Mauran Observation sur deux fices véroliques
larges comme la paume de la main.
J. Med. chir. pharmacol 16 (Paris 1762)
- Maynardus, P. Condylomata acuminata (Freudenthal und Spitzer) im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten von J. Jadassohn
Band XII, Teil 3, S. 158
J. Springer-Verlag, Berlin 1933
- Mordecai, I. Beitrag zur Epidemiologie und Klinik der Condylomata acuminata, dargestellt an Hand des Krankengutes der Univ.-Hautklinik und Poliklinik Tübingen von 1947-1962.
Inauguraldissertation Tübingen 1964

- Morrow, R.P. Condylomata acuminata of the urethra.
J. Urol. 68, 909 (1952)
- Moses Bibel, V. Buch, Kap. 28,V.27
- Mühlpfordt, H. Ungewöhnlicher Sitz spitzer Kondylome.
Dermat. Wschr. 647-649 (1929 I)
Zbl. 31, 334 (1929).
- Nadel, A. Über Condylomata acuminata des Mundes.
Przegląd lekarski 7, 70-71 (1921)
Zbl. 3, 40 (1922)
- Naseman, Th. Warzen und andere infektiöse Akanthome. Im
Handbuch der Haut-u. Geschlechtskrankheiten
von J. Jadassohn, E-Band IV/2
J. Springer-Verlag, Berlin 1961
- Oribasios Synopsis VII, 39
- Petters, W. Zur Frage der Ansteckungsfähigkeit der
Vegetationen oder der spitzen Kondylome.
Vjschr. Dermat. 255 (1875)
- Pommerening, R.A. Perianal verruca acuminata with mucosal
und Mitarb. lesions.
Northw. Med. 62, 348-349 (1963)
Zbl. 116, 17 (1964)
- Prochorow, S.N. Spitze Kondylome der äußeren Genitalien als
eine der seltenen Indikationen zum Kaiser-
schnitt.
Gebäranst. Ostroumow-Krankenh. Moskau
Zbl. 31, 599 (1929)
- Proppe Spezielle Röntgenbehandlung. In Gottron
und Schönfeld, Band II/1
G. Thieme-Verlag, Stuttgart 1958
- Rasch, C. Nosologische Bemerkungen über Kondylome.
Dermat. Zbl. 6, 162 (1900)

- Riecke, E. Lehrbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten..
G. Fischer-Verlag, Stuttgart 1962
- Samuel Bibel, I. Buch, Kap. 5, V.6
- Schönfeld-
Schneider Lehrbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten.
G. Thieme-Verlag, Stuttgart 1965
- Segre, R. Sui condilomi nasali e buccali.
Boll. Mal. Or. 49, 297-307 (1921)
Zbl. 39, 788 (1932)
- Serra, A. Studi sul virus d. verruca, d.papilloma, del
condiloma acumin. (Etiologia, patogenesi,
filtrabilita)
Nota prov.-Giorn.ital.Med.vener.Pelle 65,
S. 1808 (1924)
- Siemens Condylomata acuminata am Gaumen.
Münch.Dermat.Ges. v. 23.1.1928
Zbl. 26, 464 (1928)
- Sullivan, M. und
L.S. King Treatment of Condylomata Acuminata with
Podophyllin.
Bull.U.S.Army M.Dept. 6, 200-201 (1946)
- Sylvius, F.de Boë · Opera medica. Amsterdam 1679
- Velpeau Gaz med. Paris 1852
- Visetti,M. Rilievi sul condiloma acuminatus cornoides.
Minerva dermat. 33, 342 (1958)
- Waelsh und
G. Fantl Übertragungsversuche mit spitzen Kondylomen.
Arch. of Derm. 124, 625 (1917)
- Wasmer, A. L'azote liquide en dermatologie.
Bull.Soc.franç.Derm.Syph. 63, 275-276 (1956)
- Wharton, L.R. Seltene Geschwülste der Cervix uteri auf
entzündlicher Basis.
Ref. Zbl. 3, 206 (1922)

- White, C. Allgemeine Therapie der Haut. (Herzberg)
Im Handbuch der Haut-u. Geschlechtskrankheiten
von J. Jadassohn, Band V, Teil 1a, S. 169
J. Springer-Verlag, Berlin 1962
- Ziegler, A. Übertragungsversuche mit spitzen Kondylomen.
Schles. dermat. Ges. 1921
Zbl. 2, 426 (1921)

Herrn Professor Dr. H.C. Friederich danke ich für die
Überlassung des Themas und für seine Hilfe.

Ferner gilt mein Dank Herrn Direktor Dr. W. Sevin, der
mir die Arbeit an seiner Klinik ermöglichte.

L e b e n s l a u f

Am 21. September 1941 wurde ich, Wolfgang Laipple, als Sohn des Karl Laipple und seiner Ehefrau Maria, geborene Ballier, in Stuttgart geboren.

Ich besuchte von 1948 - 1952 die Grundschule in Ditzingen/Württemberg, trat dann in das Gymnasium in Korntal/Württemberg ein und schloß dort im März 1961 mit der Reifeprüfung ab.

Im Mai 1961 begann ich mein medizinisches Studium an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen und legte dort im März 1962 die naturwissenschaftliche Vorprüfung (Vorphysikum) und im Oktober 1963 die ärztliche Vorprüfung (Physikum) ab.

Anschließend studierte ich zwei Semester an der Universität in Graz/Oesterreich und setzte im November 1964 mein klinisches Studium wieder in Tübingen fort.

Im August 1967 legte ich hier mein Staatsexamen ab.

